

PROGRAMA DE APOYO EMPRESARIAL A LAS MUJERES

CÁMARA DE COMERCIO DE

Fecha de alta

DATOS PERSONALES

NIF/Tarjeta residente Nombre Apellidos
 Domicilio CP Población
 Provincia CC AA Nacionalidad
 Teléfono 1 Teléfono 2 Fax
 E-mail Fecha de nacimiento

¿Ha utilizado el servicio on-line? Sí

INFORMACIÓN PREVIA

¿Cómo conoció la existencia del programa?

Cámara de Comercio Radio Otra empresa Otros
 Prensa Otros medios publicitarios Otra persona

Tipo de usuaria

Proyecto o idea empresarial (EMPRENDEDORA)
 Tiene o representa a una empresa (EMPRESARIA) Actividad de la empresa (IAE)

Relación con la idea/proyecto

Es la titular Ocupa un cargo directivo Es socia/propietaria Otra situación

NIVEL DE FORMACIÓN ACADÉMICA

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Licenciatura/Ingeniería Superior | <input type="checkbox"/> Bachillerato/BUP/COU |
| <input type="checkbox"/> Diplomatura/Ingeniería Técnica | <input type="checkbox"/> ESO/EGB o análogo |
| <input type="checkbox"/> Ciclo Formativo Grado Superior o análogo (FP II) | <input type="checkbox"/> Garantía Social |
| <input type="checkbox"/> Ciclo Formativo Grado medio o análogo (FP I) | <input type="checkbox"/> Certificado de profesionalidad |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="text"/> | |

SITUACIÓN LABORAL

Ocupada Desempleada

Por cuenta propia Menos de un año
 Por cuenta ajena Entre 1 y 2 años (jóvenes <25: entre 6 meses y 2 años)
 Dos o más años

INFORMACIÓN A SOLICITAR

1. Consulta genérica
 2. Trámites (formas jurídicas, laboral, fiscal, mercantil, etc.)
 3. Ayudas y subvenciones (constitución, creación de empleo, formación, exportación, etc.)
 4. Consultas de información de mercado (clientes, proveedores, viabilidad, etc.)
 5. Formación (comercio, gestión, idiomas, informática, medioambiente, etc.)
 6. Cooperación empresarial (comercial, empresarial, tecnológica, etc.)

Otra información

Plan de empresa

Plan de empresa Tiempo empleado (minutos) Solicitante

Tipo de consulta

Presencial Telefónica Carta o fax e-mail

PROYECTO EMPRESARIAL (PARA EMPRENDEDORAS)

Actividad a desarrollar

Nº promotoras Productos o servicios que va a ofertar

Fecha aproximada del inicio de la actividad

DATOS A RELLENAR POR LA CÁMARA

ESTADO DEL PROYECTO

| | | |
|---|-------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> En elaboración | Fecha | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Interrumpido o suspendido | Fecha | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Finalizado sin empresa | Fecha | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Finalizado con empresa abierta | Fecha | <input type="text"/> |

DATOS DE LA EMPRESA

Fecha de apertura (alta IAE)

Epígrafe IAE

Nombre o razón social Forma jurídica

Domicilio CP Población

Teléfono Fax E-mail

Web N° de socios N° de socias

EMPLEO ASALARIADO GENERADO

| | | | |
|--|---|--|---|
| Mujeres con contrato laboral | <input type="text"/> | Hombres con contrato laboral | <input type="text"/> |
| Tiempo de contrato | Jornada | Tiempo de contrato | Jornada |
| <input type="checkbox"/> Menos de 1 mes (-1 mes) | <input type="checkbox"/> A tiempo completo (Comp) | <input type="checkbox"/> Menos de 1 mes (-1 mes) | <input type="checkbox"/> A tiempo completo (Comp) |
| <input type="checkbox"/> De 1 a 6 meses (de 1 a 6 m) | <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (Par) | <input type="checkbox"/> De 1 a 6 meses (de 1 a 6 m) | <input type="checkbox"/> A tiempo parcial (Par) |
| <input type="checkbox"/> De 6 meses a 1 año (6m a 1 a) | | <input type="checkbox"/> De 6 meses a 1 año (6m a 1 a) | |
| <input type="checkbox"/> Más de 1 año (+ 1 a) | | <input type="checkbox"/> Más de 1 año (+ 1 a) | |
| <input type="checkbox"/> Indefinido (ind) | | <input type="checkbox"/> Indefinido (ind) | |

La persona abajo firmante declara que todos los datos son ciertos

De acuerdo con lo establecido por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento para que estos datos sean incluidos en un fichero automatizado del que es titular el Instituto de la Mujer para el desarrollo del Programa de Asistencia Técnica a Empresarias y la posterior auditoría. Asimismo, consiento que puedan ser tratados por el Gabinete de coordinación del Consejo Superior de Cámaras de Comercio, Industria y Navegación de España y por el Gabinete de Asistencia Técnica de la Cámara de....., y puedan ser cedidos al Fondo Social Europeo, con las mismas finalidades. Declaro estar informada sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar en el domicilio social del Instituto de la Mujer en C/ Condesa de Venadito, 34 - 28027 Madrid

En a de de 2009
Firma de la usuaria